

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UNICEUB
FACES – FACULDADE DE CIÊNCIAS E SAÚDE

MARCELLE MARIA CARDOSO PINHEIRO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PROCESSO PARTURITIVO NATURAL E
HUMANIZADO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado em forma de artigo para
obtenção do título de bacharel em
enfermagem no UniCEUB sob orientação
do professor Eduardo Cyrino de Oliveira
Filho

.

Brasília
2017

Assistência de enfermagem ao processo parturitivo natural e humanizado

Marcelle Maria Cardoso Pinheiro¹

Eduardo Cyrino de Oliveira Filho²

Resumo

A humanização é imprescindível em qualquer assistência que prestarmos e se destaca neste momento tão delicado que é a chegada de um filho ao mundo, experiência que não precisa ser triste ou muito menos traumática. Assim como qualquer outra dor, a dor do parto é relativa para cada mãe. Foram evidenciadas inúmeras formas de manejar os incômodos físicos e psicológicos causados pelo trabalho de parto, de maneiras menos invasivas como a deambulação, massagens, terapias complementares, aspersão ou imersão em água, entre outras. A enfermagem tem papel fundamental em monitorar o bem-estar materno-fetal e certificar que a parturiente está sendo ouvida ajudando assim a proporcionar uma experiência positiva, única e inesquecível. Foi realizada uma revisão em formato narrativa que visa descrever os benefícios e as principais assistências da enfermagem a puérpera durante o trabalho de parto natural humanizado.

Palavras chave: Trabalho de parto; Parto humanizado; Enfermagem obstétrica.

Nursing assisting in natural and humanized parturitive process

Abstract

Humanization is indispensable in any assistance rendered and stands out at the delicate moment that is the arrival of a child, an experience that don't need to be sad or much less distressing. Like any other pain, the childbirth's pain is relative to each woman. Several ways of managing the physical and psychological distress caused by obstetric labor were revealed, in a less invasive ways such as walking, rubbings, complementary therapies, scattering or immersion in water, among others. The nurse plays a key role in monitoring maternal-fetal well-being and certifying that the mother is being heard, thus helping to provide a positive and exceptional experience. A review was carried out in a narrative format that aims to describe the benefits and as the main nursing assistance a woman during natural humanized labor.

Keywords: Obstetric labor; Humanized birth; Obstetric nurse.

¹Estudante de Enfermagem do UniCEUB

²Professor do Curso de Enfermagem do UniCEUB

1 INTRODUÇÃO

Humanizar, segundo Ferreira (2004), significa *o ato de humanização; tornar humano; dar condição humana; tornar benévolo; afável, tratável; fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar.*

A humanização no âmbito da saúde é entendida atualmente como uma otimização da estratégia da assistência e um estreitamento do relacionamento entre três categorias de serviço sendo os gestores, trabalhadores e usuários. Em 2003 foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (PNH), conhecida popularmente como HumanizaSus, que vem com o objetivo de implantar essa ação por toda a rede pública de saúde (BRASIL, 2009).

Para a ação de cuidar é essencial ir além do protocolo de realização de procedimentos, medicamentos e cuidado físico. Assistir, escutar, contato visual e físico, vincular-se, acolher, são estratégias utilizadas para diminuir o desconforto do paciente que se encontra em uma situação vulnerável e demonstra respeito pela vida e privacidade, aumentando assim as chances de resultados positivos no tratamento (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

O termo Parto Humanizado surgiu com o intuito de resgatar a fisiologia natural do nascimento. Seu principal objetivo é promover a individualidade e autonomia da parturiente sob todo o processo parturitivo, oferecendo uma assistência de qualidade, garantindo que sua decisão será escutada e ofertando estratégias de conforto físico e emocional. Dessa forma, diminuimos a insegurança e ansiedade, deixando-a mais tranquila e relaxada, o que interfere positivamente na evolução de todo o processo (FRIGO et al., 2013).

O parto propriamente dito é um evento natural que atinge vários fatores como psicológicos, socioculturais e psicológicos (LONGO, 2010).

De acordo com Porto et al. (2010) pode-se dizer que a mulher está em trabalho de parto a partir da fase ativa/latente que é iniciada com a presença de no mínimo duas contrações uterinas rítmicas em um espaço de tempo de 15 minutos, apagamento da cérvix e 3 centímetros de dilatação de colo ou mais. Se as mulheres fossem admitidas no centro obstétrico apenas quando tivessem atingido, no mínimo, a fase ativa já reduziriam a quantidade de utilização de analgesia e intervenções sem necessidade. Sem contar que o tempo de internação na sala de pré-parto reduziria significativamente.

Atualmente, a maioria das mulheres não acredita em sua habilidade e capacidade nata de dar à luz. Elas acreditam que é necessário e imprescindível a presença de um profissional da saúde, geralmente médico, abastecido de alta tecnologia e conhecimento para realizar seu parto. Esse pensamento é decorrente da cultura do parto hospitalar que é semeada fortemente pela sociedade, onde o parto natural sem a presença de um médico e em um ambiente hospitalar seria inseguro, gerando então a desvalorização do potencial nato da mulher e a supervalorização das maternidades hospitalares. Por terem crescido em meio a essa cultura, algumas mulheres valorizam e acreditam depender da intervenção do profissional para conseguirem realizar o parto. Esses pensamentos foram cruciais para a institucionalização do parto cesárea (FRANCISQUINI et al., 2011).

As operações cesarianas não deveriam ser uma alternativa senão por razões médicas afim de preservar a vida materna e perinatal, pois as escolhas por essa cirurgia, quando de forma eletiva, podem acabar contribuindo com a morbimortalidade do binômio. O que muitas vezes não é comentado também é que a cesárea possui, como em qualquer cirurgia, riscos altos imediatos ou a longo prazo. Em 1985 foi definido uma taxa ideal para a realização de cesáreas no Brasil que seria entre 10% e 15%, mas o que vemos é bem diferente disso (BETRN, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) desde 2014 a quantidade de cesáreas realizadas no Brasil vem diminuindo e já são cerca de 1,5%, sendo atualmente 55,5% dos partos realizados cesáreas e 44,5% partos normais. Um parto normal pode não ser considerado humanizado se possui intervenções externas que não foram comunicadas e autorizadas pela gestante, ignorando por completo a dignidade da mulher (FRIGO et al., 2013).

Interferências como anestesia, episiotomia (corte no períneo), posição fixa horizontalizada (decúbito dorsal), jejum, enema (lavagem intestinal), tricotomia (depilação), oferta de ocitocina (hormônio utilizado para acelerar o parto), entre outros inúmeros procedimentos hospitalares rotineiros que deveriam ser usados de maneira moderada e apenas em caso de real necessidade (BRASIL, 2017).

A equipe de enfermagem tem um papel indispensável nesse momento pois, é responsável por explicar sobre todos os estágios e mecanismos de parto, sanar qualquer eventual dúvida ou questionamento e por ofertar todas as medidas possíveis de diminuição e alívio do estresse e da dor, diminuindo assim a expectativa gerada na gestante. A abordagem é feita de

forma individual levando em consideração sua história, crenças, sentimentos, medos, e o ambiente em que vive (FRIGO et al., 2013).

Nesse contexto, este presente trabalho visa descrever os benefícios e as principais assistências da enfermagem a puérpera durante o trabalho de parto natural humanizado.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica no formato narrativa, segundo Rother (2007) são trabalhos e publicações realizados através de busca e análise da literatura publicada, com visões mais amplas utilizadas para descrever um determinado tema, que nesse caso são as ações e importância da enfermagem nas fases de evolução do parto, no empoderamento da parturiente na assistência durante todo o trabalho de parto sob um ponto de vista teórico e seletivo do autor.

A busca dos artigos científicos foi realizada mediante levantamento bibliográfico nas bases informatizadas Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), bem como, na biblioteca do Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). E também foram utilizadas Leis e portarias cabíveis a esse trabalho.

Para essa busca foram utilizadas as palavras chave: enfermagem obstétrica, parto humanizado e gravidez, em combinação duas a duas ou três a três. Filtrando por textos completos e no idioma português.

Para a seleção dos artigos na Base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foi ampliado o critério incluindo o item de exclusão de artigos que não tenham sido publicados em 2007 a 2017, que não continham pelo menos duas das palavras chave no seu título. Foram encontrados 78 artigos dos quais foram excluídos os repetidos e selecionados 13 publicações.

Para a seleção dos 872 artigos na Base do Google Acadêmico foi ampliado o critério incluindo o item de exclusão de artigos publicados antes de 2017, que não continham pelo menos duas das palavras chave no seu título. Foram eliminados os repetidos entre si e os que comparados a BVS já haviam sido escolhidos e selecionados 9 publicações.

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 Enfermagem obstétrica: história, conceitos e definições

Antigamente, conversar sobre o processo parturitivo era considerado “coisas de menina”, logo, as assistências nos partos eram acompanhadas exclusivamente por mulheres parteiras, curandeiras ou de confiança da família e, como de costume, realizados no próprio quarto da gestante. Naquela época a indicação para parto em hospitais era repudiada pois expressava que algo não estava certo (VARGENS et al., 2017).

O ensino da enfermagem no Brasil iniciou-se em meados do século XIX, com um curso para parteiras amadoras se especializarem na área. Tempos depois, no Pará, surgiu a denominada enfermagem obstétrica que ganhou força, espaço e respeito dentro das áreas da saúde e destacando-se no cuidado com a saúde da mulher. Infelizmente com o passar das eras essa profissão perdeu seu espaço para o modelo biomédico, na sua maioria com procedimentos invasivos (DE SENA, 2012).

Foi a partir de 1955 com o decreto da lei nº 2.604 de 17 de setembro que foi determinado o exercício da enfermagem de forma profissional que então a enfermagem obstétrica volta de forma gradativa ao seu lugar (BRASIL, 1955).

Quando percebeu o impacto social e financeiro que a crescente taxa de cesáreas causava, o Ministério da Saúde começou a financiar e promover capacitações para assistência materno-fetal para enfermeiros. Outras ações estratégicas foram a criação das casas de parto sob supervisão da enfermagem obstétrica e a inserção na tabela do SUS do parto normal efetivado por enfermeiros obstétricos (DE SENA, 2012).

Em determinados territórios os enfermeiros obstetras são limitados em suas ações, fazendo com que apenas cumpram solicitações e/ou executem de forma mecânica a assistência. Contudo nas áreas em que tem liberdade de atuação, desenvolvem um excelente trabalho com ótimos frutos perinatais. Contribuindo ainda em conhecimento através de pesquisas e visando sempre o bem estar da humanidade e o crescimento de sua classe, como por exemplo a descoberta que certas intervenções como enema e tricotomia não acrescentam em nada positivamente e podem criar sentimentos negativos para a gestante (BARBOSA, 2008).

Um dos objetivos da enfermagem obstétrica é o crescimento da autonomia da gestante durante todo o trabalho de parto e parto, a implementação de métodos que, recomendados pela

Organização Mundial de Saúde (OMS), são consideráveis para uma evolução fisiologicamente natural e técnicas de alívio de dor não farmacológicas (TORRES, 2008).

3.2 Humanização na assistência ao parto

3.2.1 Características de um parto humanizado

Em 1987 as Agências Internacionais de Desenvolvimento criaram a “Maternidade Segura” com o objetivo de melhorar a atenção dada a esse grupo de mulheres e de proporcionar ações de segurança maiores e personalizadas para todos os seguimentos da gestação, incluindo o pós parto. Foi quando alguns valores que haviam se perdido com o tempo começam a ressurgir, como a naturalidade de parir. Mas somente em 1995 chega ao Brasil esse projeto de forma adaptada, acrescentando um compilado de técnicas e critérios com o foco de melhorar a prestação de serviço à mulher e consequentemente incentivar a humanização do parto normal (OMS, 1996).

Em um parto nasce um bebê e pelo menos mais uma nova pessoa, uma mãe. Culturalmente todo o processo, da gravidez até depois de parir, é uma experiência nova e única independente de quantas vezes a mulher já tenha engravidado. Por ser uma experiência tão singular todo cuidado é pouco para não construir um pesadelo onde deveria ser um sonho (BRASIL, 2014).

No parto normal humanizado deve ser realizado o mínimo de intervenção possível e, quando realizadas, devem ser autorizadas ou solicitadas pela gestante, sempre levando em consideração a saúde e bem estar do binômio. Para que isso aconteça ambos devem estar bem acompanhados, estarem saudáveis e ser uma gravidez de baixo risco, assim o enfermeiro passa a ser apenas um coadjuvante e para interferência emergencial, caso houver. A ação é inteiramente da mãe de conduzir o processo natural e fisiológico do parto, contando sempre com o apoio da equipe e do seu acompanhante (GOMES et al., 2014).

3.2.2 Possíveis intervenções

3.2.2.1 Alternativas de manejos da dor e desconforto não farmacológicos

A dor do parto faz parte do final da trajetória da gravidez, considerando isso, foram descobertas diversas técnicas para auxiliar a diminuir o nível de estresse gerado na mulher. A deambulação, o banho de imersão ou aspersão, terapias complementares, bola suíça (conhecida

como bola obstétrica) são alguns métodos de manejo da dor não-farmacológicos utilizados e regulamentados pela OMS (GAYESKI; GGEMANN, 2010).

O banho é considerado uma alternativa que não interfere na duração do trabalho de parto, promove um relaxamento e alívio significativo da dor e restringe a necessidade de pedidos por analgesia. Podendo ser de imersão, na banheira ou piscina pequena, ou de aspersão, utilizando a ducha. Não apresenta riscos para o binômio e é indispensável uma atenção especial quanto a temperatura da água e uma higienização adequada realizada previamente (PORTO et al., 2017).

Geralmente, uma das primeiras posições a ser tomada pela gestante é a deitada em decúbito dorsal, com os principais intuitos de descansar ou para a realização do toque vaginal. Porém nessa posição a mobilidade do sacro fica comprometida e a força da gravidade age no sentido contrário levando o bebê para trás da cavidade abdominal ao invés de ir em direção à pelve. A mobilidade pode ser adquirida com a deambulação ou sentada. A utilização da bola obstétrica é indicada por ofertar conforto e motricidade para a região sacral (CALAIS-GERMAIN, 2013).

Vários estudos comprovam a eficácia de adaptação do copo materno, fisiologicamente, com a deambulação e posição erguida da mãe durante toda a evolução do parto. As contrações se tornam mais efetivas, o tempo e a dor são menores e ainda facilita a oferta de sangue pela placenta para o bebê. Esses fatos previnem resultados negativos e inesperados durante a trajetória do feto até a pelve (MAMEDE, 2007).

Segundo Porto et al. (2017) tratamentos complementares como a hipnose e a acupuntura podem ser usados como aliados nesse momento, resultando na diminuição de ansiedade, aumento de realização pessoal da puérpera e redução de solicitação de métodos farmacológicos. Terapias que utilizam música, aromas, essências, massagens, acupressão e relaxamentos ainda estão sendo analisadas pois não foram realizados estudos científicos que corroborem a eficácia benéfica na evolução do processo parturitivo.

3.2.2.2 Opções dispensáveis

No Brasil, a institucionalização generalizada do parto ocasionou um aumento do uso de tecnologias invasivas, altas taxas de cesáreas, realização de episiotomias, maior frequência de indução com ocitocina e outras condutas consideradas dispensáveis. As violências obstétricas

são ações que ocorrem quando há excessos de intervenções e medicalizações inconvenientes, violências ocultas e abusos excessivos contra a mulher em relação ao processo parturitivo e ao corpo dela (MEDEIROS et al., 2016).

A incisão no períneo é utilizada para alargar o canal vaginal e recebe o nome de episiotomia. O intuito da criação dessa técnica era reduzir o tempo do parto, agilizando na passagem do feto pelo canal, prevenindo uma hipóxia fetal e diminuindo o perigo de lacerações perineais. Porém ocorre um número exacerbado de episiotomia realizadas sem comprovação de real necessidade ignorando que na maioria das evoluções dos partos é claramente dispensável essa intervenção, podendo ocasionar uma perda sanguínea acima do aceitável, gerar mais incômodo e dor à gestante e ainda favorecer uma laceração de terceiro e quarto grau. Ainda assim essa prática não é proibida pela OMS pois entende-se que em determinados casos, no máximo 10% dos casos, pode ser utilizada como aliada de forma eletiva, minimizando riscos (DE AMORIM; KATZ, 2008).

A tricotomia era uma técnica rotineira realizada com objetivo de reduzir infecções e facilitar a rafia de episiotomias e lacerações. Segundo Basevi e Lavender (2012) durante uma pesquisa feita com 1.039 mulheres, foi comprovado que a raspagem dos pelos pubianos não tinha benefícios evidentes. Foi considerado pela OMS um método prejudicial que deveria ser suspenso por causar um incômodo desnecessário a mulher durante a raspagem e ainda quando esses pelos renasciam.

Segundo Porto et al. (2010) a orientação de jejuar durante o trabalho de parto era uma prevenção para diminuir o risco de aspiração durante uma anestesia geral. Contudo, essa restrição não era feita somente nas pacientes que receberiam a analgesia. Fora gestações de alto risco com cesariana marcada, a ingestão de líquidos e alimentos leves deve ser encorajada, afim de mantê-la hidratada e prevenir de surgimento de cetose. Caso o parto venha a sofrer uma mudança de plano repentina, deixando de tentar um parto natural e indo para uma cesárea, a alimentação deverá ser suspensa imediatamente. Não há estudos que corroborem com essa prática seja benéfica em nenhuma gestação, independente do risco de complicação.

O enema era defendido como uma técnica que reduziria os riscos das contaminações maternas e neonatal. Foi comprovado através de estudos científicos que essa prática além dos custos adicionais que trazia, não se fazia eficaz e proporcionava um alto desconforto a parturiente (PORTO et al., 2010).

3.2.3 Interferências de um acompanhante durante todo o parto

Antigamente as doulas eram mulheres que ajudavam apenas após o parto, fazendo com que a puérpera tivesse sempre um apoio no cuidado com o recém-nascido, da casa e auxiliando também na amamentação. Porém esse conceito mudou e sua atuação agora está voltada para todo o período gravídico, durante o parto e após a amamentação. Sabe-se que uma doula não necessariamente precisa ter formação de nível superior. No Brasil existem cursos de capacitação para doulas que podem atuar de forma voluntária ou contratadas com remuneração (SILVA, 2012).

A participação da doula foi listada como um auxílio no aumento do contentamento com o parto, redução no tempo de trabalho de parto, na diminuição da ansiedade, da dor e necessidade de analgesia. A presença delas pode ser considerada revigorante e cuidativa e reduz a utilização de monitorização constante e dispensável (SANTOS; NUNES, 2009).

Segundo a Lei nº 11.108, aprovada em 07 de abril de 2005, a instituição onde ocorrerá o parto tem a obrigação de permitir a presença de um acompanhante, que será escolhido pela parturiente. A permanência do acompanhante pode e deve durar todo o período gravídico puerperal (BRASIL, 2005).

A presença de um acompanhante favorece ainda mais a evolução do processo parturitivo diminuindo o número de intercorrências, de tempo de hospitalização pós-natal da mãe e do recém-nascido (RN), ameniza a utilização de analgésicos e o sentimento de solidão, sem contar que um companheiro bem conduzido pela equipe se torna um aliado forte, favorecendo ainda mais o bem-estar do binômio e a evolução do processo (FRELLO; CARRARO, 2010).

A pessoa designada para esse papel pode ser cônjuge, um familiar, amigos, uma doula, um profissional da saúde e terá uma função muito importante pois, fará parte da idealização feita pela parturiente de um parto seguro. Toda a segurança e estabilidade emocional é colocada nele, que deve ser como uma fortaleza onde ela buscará forças quando as dela acabar. Por isso a importância maior da presença de alguém que ela já conheça, pois já existirá um vínculo afetivo e de confiança (LONGO, 2010).

3.3 Papel do enfermeiro frente ao trabalho de parto

A participação do enfermeiro inicia-se, bem antes do trabalho de parto, nas consultas de pré-natal. Onde já começam a ser feitas orientações sobre alimentação, ingestão hídrica, banhos

de sol entre outras informações importantes. É de extrema importância o esclarecimento dos questionamentos da gestante e acompanhante, se houver (FRIGO et al., 2013). A diminuição da taxa de morbimortalidade no Brasil ainda é um desafio, mesmo com todas as iniciativas do governo, os avanços na atenção de todo o período gravídico nesses últimos 30 anos (BRASIL, 2014).

A presença da equipe multidisciplinar possibilita que todos os aspectos da assistência sejam agregados como os aspectos psicológicos, físicos, espirituais (crenças), biológicos e sociais. Infelizmente ocorrem divergências de conduta entre os profissionais da equipe, causando prejuízo na assistência integrada. A enfermagem tem focado em personalizar o atendimento proporcionando assim um atendimento de qualidade e positivo (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

O enfermeiro deve estar capacitado de forma técnica com conhecimentos teóricos e acadêmicos de qualidade e ser pró-ativo. Deve enxergar no outro um ser humano que precisa e depende de sua ajuda, preservando sempre a integridade de sua dignidade. Logo foi concluído que os profissionais competentes conseguem conciliar a teoria respeitando de forma humanizada a história do paciente (RABELO; DE OLIVEIRA, 2010).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) apresenta alguns diagnósticos relacionados ao processo parturitivo possibilita a enfermagem obstétrica otimizar o conhecimento da equipe e a qualidade do seguimento na assistência prestadas a parturiente (SANTOS; RAMOS, 2012).

Um dos encargos da equipe de enfermagem atualmente é a monitorização dos batimentos cardíofetais que pode ser concretizada utilizando o Pinard, sonar Doppler ou a cardiotocografia – CTG porém há desvantagens nessa opção por fixar a gestante na maca impossibilitando sua deambulação. Nesta monitorização deve ser observada a frequência cardíaca fetal e acelerações/desacelerações espontâneas ou relacionadas as contrações uterinas, atentando-se para indícios de estado fetal não-tranquilizador indicando que o bebê não está bem. A ausculta deve ser regularmente realizada em parturientes de baixo risco respeitando um intervalo de no máximo 30 minutos no período de dilatação e 5 minutos no período expulsivo com duração de 1 minuto. O método de escolha para avaliação da vitalidade fetal intraparto é a ausculta fetal intermitente. É recomendado que se monitorize a cada, 15 a 30 minutos durante a fase de

dilatação e a cada 5 minutos no 3º estágio do trabalho de parto, em gestações de baixo risco (PORTO et al., 2010).

Além disso, a enfermagem é responsável pela monitorização de todo progresso do parto, o preenchimento do partograma, o clampeamento tardio do cordão umbilical quando o recém-nascido nasce com boa vitalidade, contato pele a pele imediato, prevenção da hipotermia neonatal, entre outras, sendo uma profissão com grande parte das responsabilidades da assistência prestada (MEDEIROS et al., 2016).

E após o nascimento a equipe de enfermagem ainda se mantém próxima das puérperas para observar possíveis intercorrências, como hemorragias, eclampsia e outras complicações no pós-parto, notados através do surgimento dos sinais clínicos característicos apresentados por elas durante o puerpério (COSTA, 2017).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, no Brasil, grande parte dos partos assistidos em hospitais é realizada por médicos obstetras. Contudo estudos científicos comprovam que ocorre uma maior necessidade de utilização de fármacos e de intervenções durante o parto, quando o modelo biomédico é o escolhido pela paciente, de forma induzida ou consciente. É de extrema importância a classificação da gestante quanto ao risco do parto, antes e durante toda a evolução do trabalho de parto, independente de quem está responsável, podendo ser parteiras, enfermeiras ou médicos.

O efeito da preferência pelo modelo de assistência biomédica tem refletido no alto índice de morbimortalidade materna e perinatal, ainda constante nas maternidades hospitalares, o que assusta muito qualquer pessoa. A proposta de criação do parto humanizado vem com a intenção de diminuir drasticamente esses números, proporcionando uma experiência marcante e única na vida do RN, da mãe e seu acompanhante.

A restrição alimentar, enema e tricotomia que eram realizadas de forma rotineira antigamente, diminuíram as incidências por não apresentar benefício e não são mais recomendadas atualmente. E alguns manejos e técnicas de intervenções não invasivas ganharam espaço pela benevolência que trazem para a evolução do nascimento. A intenção em qualquer

parto é realizar o mínimo de intervenções desagradáveis a mulher possível, e atualmente a equipe de enfermagem tem essa preocupação.

A constante busca pela qualidade do serviço prestado deveria ser obrigatória e geral em todas as áreas da saúde, frisando sempre que o objetivo maior e comum é proporcionar uma melhor qualidade de vida para nossos pacientes, seja por doença ou por um parto. Se cada profissional trabalhasse de forma mais digna e humanizada os resultados seriam positivos, sem dúvidas, pois hoje estamos cuidando, mas ninguém sabe do amanhã, podendo ser nós que estaremos precisando de cuidados.

A enfermagem pode estar presente de diversas formas diferentes em qualquer momento da gestação, parto e/ou puerpério. Por ser uma profissão que fica tão próxima e por mais tempo tem um papel imprescindível em manter a gestante consciente de tudo que está acontecendo, mantendo-a segura e atuante.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, P.G.; CARVALHO, G.M.; OLIVEIRA, L.R. Enfermagem obstétrica: descobrindo as facilidades e dificuldades do especialista nesta área. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 4, p458-465, out./dez. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014

BRASIL. **Lei n. 11.108**, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. **Lei nº 2.604**, de 17 de setembro de 1955. Regula o exercício da enfermagem profissional. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2604-17-setembro-1955-361190-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Política Nacional de Humanização, Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

BRASIL. **Portaria nº 353** de 14 de fevereiro de 2017. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/DOU-20fev2017-Portaria-SAS-353-2017.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Dados do DATASUS mostram que número de mortes na gravidez é preocupante**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/658-dados-do-datasus-mostram-que-numero-de-mortes-na-gravidez-e-preocupante>. Acesso em: 16 nov. 2017.

CALAIS-GERMAIN, B.; PARÉS, N.V. **A Pelve Feminina e o Parto**: Compreendendo a Importância do Movimento Pélvico Durante o Trabalho de Parto. São Paulo: Manole, 2013.

COSTA, R.L.M. Contribuições da Enfermagem Obstétrica para uma assistência segura e de qualidade em um hospital público alagoano: um relato de experiência. **Gep News**, Maceió, v. 1, n. 2, p. 25-31, abr/jun. 2017.

DE AMORIM, M.M.R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**. São Paulo, v. 36, n. 1, p. 47-54. jan. 2008.

DE SENA, C.D. et al. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 3, p. 523 – 529. dez. 2012.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. São Paulo: Editora Positivo, 2004.

FRANCISQUINI, A.R. et al. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá. v. 9, n. 4, p. 743-751, out/dez. 2011.

FRELLO, A.T; CARRARO, T.E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 660-668, dez. 2010.

FRIGO, J. et al. Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto e parto. **Cogitare enfermagem**, Santa Catarina, v. 18, n. 4, p.761-6. out. 2013.

GAYESKI, M.E; GGEMANN, O.M.B. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v. 19, n. 4, p. 774-782, out/dez. 2010.

GOMES, A.R.M. et al. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. **Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, n. 11, p. 23-27, ago. 2014.

KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. **Revista Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.47, n.1, p. 15-21, fev. 2013.

LONGO, C.S.M. et al. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 386-91, jul. 2010

MAMEDE, F.V. et al. O efeito da deambulação na duração da fase ativa do trabalho de parto. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 466-471, set. 2007.

MEDEIROS, N.C.M et al. Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. **Revista Temem Saúde**, João Pessoa, v.16, n.3, p.503-528, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. Maternidade segura. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

PORTO, A.M.F. et al. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências: [revisão]. **Femina**, v. 38, n. 10, p.527-537, out. 2010.

RABELO, L.R.; DE OLIVEIRA, D.L. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n.1, p.213-220, mar. 2010.

ROTHER, E.T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.20, n.2, p.5-6, jun. 2007.

SANTOS, D.S.; NUNES, I.M. Doulas na Assistência ao Parto: Concepção de Profissionais de Enfermagem. **Escola Anna Nery - Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.582-588, Set. 2009.

SANTOS, R.B; RAMOS, K.S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 13-18, jan-fev. 2012.

VARGENS, O.M.C; SILVA, A.C.V; PROGIANTI, J.M. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Escola Anna Nery- Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, fev. 2017.